



CERTIFICADO DE EVALUACIÓN DE SALUD

El Reglamento de Guarderías K.A.R. 28-4-126(b)(1) requiere que toda persona que regularmente cuida niños se haga una evaluación de salud con un médico licenciado o un médico asistente (PA, por sus siglas en inglés) o un enfermero capacitado en hacer evaluaciones de salud. La evaluación de salud debe llenarse en el formulario de KDHE.

Los suplentes en una "Guardería en casa con licencia" o "Guardería grupal en casa con licencia" no requieren tener una evaluación de salud.

GUARDERÍA: Guardería en casa con licencia o guardería grupal en casa con licencia Guardería privada/Pre-escolar/Head Start

Nombre de la guardería (exactamente como figura en la licencia) _____ Licencia # _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____ Condado _____

A SER LLENADO POR EL PROVEEDOR/MIEMBRO DEL PERSONAL (Por favor, escriba en letra de imprenta y responda todas las preguntas en esta sección):

Nombre del proveedor/personal _____ Fecha de nacim. _____
(Nombre) (Segundo nombre) (Apellido) (mes/día/año)

Marque la(s) enfermedad(es) crónica(s) en la parte inferior o enumere cualquier medicina que pueda interferir con los deberes en la guardería:

- Dolores de cabeza/migrañas debilitantes Cáncer Activo abuso de sustancias Enfermedades cardíacas
- Audición o visión Diabetes Artritis Presión arterial alta
- Convulsiones Enfermedad del hígado Enfermedad de los pulmones Enfermedad mental
- Uso de cualquier equipo médico duradero (andador, bastón, oxígeno, etc.), describa: _____
- Enumere cualquier otra condición médica que pueda interferir con los deberes en la guardería: _____
- Enumere cualquier medicina que pueda interferir con los deberes en la guardería: _____

LOS DEBERES EN LA GUARDERÍA PUEDEN INCLUIR*:

- Levantar y cargar niños
- Contacto cercano con niños
- Manejar un vehículo
- Evacuación de los niños en caso de emergencia
- Inclinars/agacharse
- Mantenimiento de la guardería
- Preparación de alimentos
- Habilidad de supervisar y participar en las actividades de la guardería
- Uso de escaleras (subir y bajar)
- Documentación

Certifico que a mi leal saber y entender esta información es verdadera y completa y no contiene falsedad o falsificación intencional. Autorizo al Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas a comunicarse con las personas nombradas en este formulario. Entiendo que el Departamento puede comunicarse con otras personas, buscar verificación de parte o de toda la información en este formulario. Entiendo que cualquier declaración falsa intencional es causal de rechazo inmediato de la solicitud o de una revocación posterior de la licencia.

Firma del proveedor/miembro del personal _____ Fecha: _____

PARA SER LLENADO POR UNA PERSONA AUTORIZADA PARA HACER EVALUACIONES DE SALUD:

He revisado la información de la parte superior, y llevado a cabo el examen y pruebas requeridas. El paciente mencionado:
 No presenta evidencia de una condición médica o mental que podría interferir con los deberes típicos de una guardería enumerados en la parte superior.*

Firma autorizada _____ Fecha _____

He revisado la información de la parte superior, y llevado a cabo el examen y pruebas requeridas. El paciente mencionado:
 Sí presenta evidencia de una condición médica o mental que podría interferir con los deberes típicos de una guardería enumerados en la parte superior.*

Firma autorizada _____ Fecha _____

Nombre de la oficina/clínica (por favor, letra de imprenta): _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono _____

REGISTRE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE TUBERCULOSIS O ADJUNTE LOS RESULTADOS A ESTE FORMULARIO:

Prueba negativa de tuberculina _____ o rayos X de tórax negativos _____ en esta fecha _____
(No se necesita repetir la prueba a menos que haya exposición a la enfermedad o síntomas).

Prueba leída por _____
Firma del médico/PA/enfermero licenciado o Departamento de Salud _____ Fecha (mes/día/año) _____